

Universidade Aberta do SUS – UNASUS
Universidade Federal de Pelotas
Departamento de Medicina Social
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância



Melhoria na Atenção à Saúde de Hipertensos e Diabéticos
na UBS Cerro do Louro, Formigueiro/RS

Felipe Pizzolato

Pelotas, 2015

Felipe Pizzolato

**Melhoria na Atenção à Saúde de Hipertensos e Diabéticos
na UBS Cerro do Louro, Formigueiro/RS**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Saúde da Família – Modalidade à
Distância – UNASUS/UFPEL como
requisito parcial para obtenção do título
de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Helen Pereira Rocha

Pelotas, 2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

P695m Pizzolato, Felipe

Melhoria na atenção à saúde do hipertenso e/ou diabético na UBS Cerro do Louro - Formigueiro/RS / Felipe Pizzolato ; Helen Pereira Rocha, orientadora. — Pelotas, 2014.

64 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Doença crônica. 4. Diabetes Mellitus. 5. Hipertensão. I. Rocha, Helen Pereira, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Carmen Lucia Lobo Giusti CRB: 10/813

Dedico este trabalho às pessoas
que auxiliaram em minha formação
acadêmica.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus, que me permitiu chegar até aqui.

À gestão de Formigueiro, que me recebeu e me apoiou em todos os momentos, fornecendo toda a estrutura para o desenvolvimento deste trabalho.

À minha esposa Franciele, pela compreensão e apoio incondicional.

À minha orientadora Helen Pereira Rocha, pelas orientações, paciência e dedicação.

À minha Supervisora Regional do PROVAB Maria Cristina Madruga, pelo apoio e auxílio.

À equipe de saúde da UBS Cerro do Louro, sem a qual nada disso teria sido possível.

À minha família e amigos, por estarem sempre comigo.

Lista de Figuras

Figura 1.	Gráfico indicativo da Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Cerro do Louro. Formigueiro, RS, 2014.	44
Figura 2.	Gráfico indicativo da Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Cerro do Louro. Formigueiro, RS, 2014.	44
Figura 3.	Gráfico indicativo da Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Cerro do Louro. Formigueiro, RS, 2014.....	46
Figura 4.	Gráfico indicativo da Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Cerro do Louro. Formigueiro, RS, 2014.....	46
Figura 5.	Gráfico indicativo da Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Cerro do Louro. Formigueiro, RS, 2014.....	47

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS	–	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	–	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	–	Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas
DM	–	Diabetes Mellitus
ESF	–	Estratégia de Saúde da Família
HAS	–	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	–	Hemoglicoteste
HIV	–	Vírus da Imunodeficiência Humana
MS	–	Ministério da Saúde
NASF	–	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	–	Pronto Atendimento
PACS	–	Programas de Agentes Comunitários
RS	–	Rio Grande do Sul
SIAB	–	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	–	Sistema Único de Saúde
TCC	–	Trabalho de Conclusão de Curso
UFPEL	–	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional.....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário Comparativo sobre o Texto Inicial e o Relatório da Análise Situacional	15
2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção.....	16
2.1 Justificativa	16
2.2 Objetivos e Metas	17
2.2.1 Objetivo Geral.....	17
2.2.2 Objetivos Específicos	17
2.2.3 Metas	17
2.3 Metodologia	19
2.3.1 Ações.....	19
2.3.2 Indicadores	32
2.3.3 Logística	38
2.3.4 Cronograma.....	40
3 Relatório da Intervenção.....	41
3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integral ou parcialmente	41
3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integral ou parcialmente	41
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores	42
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.....	43
4 Avaliação da Intervenção.....	44
4.1 Resultados.....	44
4.2 Discussão	51
4.3 Relatório da Intervenção para a Gestão.....	53
4.4 Relatório para a Comunidade.....	56
5 Reflexão Crítica sobre meu Processo de Aprendizagem	58
Referências	60
Anexos.....	61
A – Ficha Espelho.....	62
B – Planilha de Coleta de Dados.....	63
C – Parecer do Comitê de Ética	64

Resumo

PIZZOLATO, Felipe. **Melhoria na Atenção à Saúde do Hipertenso e/ou Diabético na UBS Cerro do Louro – Formigueiro/RS**. 64 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) da Universidade Federal de Pelotas, 2014.

As doenças crônicas como diabetes e hipertensão arterial sistêmica já são a principal causa de morbimortalidade em todo o mundo. Na atual conjuntura, apresentam-se como a principal causa de atendimento médico nas unidades básicas de saúde. São os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares para usuários com vinte anos ou mais. O período do projeto de intervenção foi de 08/08/2014 à 06/11/2014. Participaram da intervenção: 01 médico, 01 enfermeiro, 01 dentista, 01 técnico em enfermagem/auxiliar odontológico, 05 ACS e 01 auxiliar de serviços gerais. Foram utilizados como protocolos para a intervenção em melhoria na saúde a essa população, os cadernos de atenção básica sobre DM e HAS do MS de 2013, números 36 e 37; também foram utilizados a ficha espelho do curso EaD da UFPel e a planilha de coleta de dados, em específico para HAS e DM, do mesmo curso. A intervenção teve como objetivo geral melhorar a atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos na UBS Cerro do Louro, em Formigueiro/RS, no que envolve a ampliação da cobertura dos programas, a melhoria da qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria da adesão dos usuários, a identificação dos grupos de alto risco cardiovascular, o registro adequado das informações nos prontuários, o fornecimento de orientações quanto à dieta e realização de atividade física, bem como o incentivo à cessação do tabagismo, favorecendo assim uma prevenção adequada destas doenças. Na unidade, há 2.667 usuários residentes na área adscrita, sendo que 166 estão cadastrados como portadores de HAS e 50 estão cadastrados como portadores de DM. Participaram da intervenção em HAS/DM 129 usuários com diagnóstico de HAS e 44 usuários com diagnóstico de DM, totalizando respectivamente um alcance de 77,7% e 88% de cobertura. Este alcance significativo só foi capaz devido ao total empenho e participação da equipe de saúde local que se engajou no projeto e realizou seu trabalho de maneira exemplar.

Palavras-chave: Saúde da Família. Atenção Primária da Saúde. Doença Crônica. Diabetes Mellitus. Hipertensão.

Apresentação

O presente trabalho de conclusão de curso teve como objetivo primordial qualificar a atenção à saúde aos portadores de HAS e/ou DM na Unidade Básica de Saúde Cerro do Louro – Formigueiro/RS.

Na seção inicial do TCC será apresentada a Análise Situacional, a qual contemplará a situação inicial da UBS Cerro do Louro. Será feita uma apresentação mostrando as características da unidade de saúde, seu funcionamento e composição da equipe local com o anterior sistema de atendimento – PACS (Programa de Agentes Comunitários). Esta seção será finalizada com um texto comparativo entre o início da análise e o relatório final.

A segunda seção apresentará uma Análise Estratégica do projeto de intervenção, identificando a justificativa para o projeto, seus objetivos e metas para o mesmo, a metodologia da intervenção, ações e indicadores e por fim, a logística e o cronograma.

A terceira seção apresentará o Relatório da Intervenção em Melhoria na Saúde do Hipertenso e/ou Diabético, demonstrando as ações previstas que foram desenvolvidas, as ações previstas que não foram desenvolvidas, a coleta e sistematização de dados e, a viabilidade da incorporação do projeto à rotina da unidade de saúde local.

A quarta seção contemplará a Avaliação da Intervenção. Demonstrará os resultados, apresentará a discussão, o relatório para a gestão e comunidade local.

Na quinta e última seção será feita uma Reflexão sobre o processo pessoal de aprendizagem. Além, é claro, da bibliografia utilizada para a realização do projeto, os anexos e apêndices.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Iniciei minhas atividades no posto de saúde do Cerro do Louro, na cidade de Formigueiro-RS. Lá, contamos com uma UBS um tanto precária em relação ao número de funcionários da equipe, estrutura e tipo de atendimento.

O atendimento ao público é feito sob a forma de livre demanda, fazendo com que se torne bastante confortável ao usuário e ao profissional da saúde. Não acredito que esta seja a melhor forma de atendimento, pois não prioriza a prevenção em saúde, mas sim a doença e tratamento. Acredito que o atendimento com ênfase na prevenção, educação e assistência à saúde seja a melhor maneira de realizarmos nosso trabalho. Apesar disso, o trabalho que lá é feito até hoje sempre foi de grande valia à população local, por ser uma localidade de difícil acesso e poucos recursos.

Em relação à estrutura da unidade de saúde, vejo que deixa um pouco a desejar. Por um lado, o potencial da unidade é bastante grande; temos salas amplas, com boa iluminação e aberturas, espaços a serem ocupados; porém há falta de corrimões nos corredores, pisos antiaderentes, sinalizações e mobiliário adequado. Não temos telefone fixo no local, o sinal de celular é precário. Temos cabos para conexão à internet e ausência de qualquer computador ou similar. Há falta de materiais para pesquisa no local e o principal: falta uma quantidade enorme de medicações básicas como antibióticos e anti-hipertensivos, por exemplo. Enfim, há muito a ser feito nesta unidade de saúde e acredito que com o início do nosso trabalho, somado a uma boa vontade da gestão política, as carências e dificuldades serão gradativamente superadas.

O processo de trabalho na unidade de saúde do Cerro do Louro é feito através do modelo de livre demanda. Acredito que atualmente, nas localidades em que não há ESF, é uma maneira fácil e de certa forma eficaz, capaz de atender às mazelas daquela localidade com o que é oferecido pelo sistema de saúde. Mas acredito também que com a implantação da ESF, essa situação tende a melhorar

bastante, pois a atenção à saúde se voltará para a prevenção e não apenas às ações curativas. Vejo esta específica situação como uma das mais difíceis em serem mudadas no momento, pois já há alguma aceitação e costume tanto da população quanto dos profissionais da saúde atuantes naquela localidade.

Já a relação com a comunidade, está sendo deveras gratificante e inspiradora. É a primeira vez que nesta unidade tem-se um médico na equipe trabalhando em período integral e contínuo. Ao contrário do esquema antigo que era realizado na unidade, os médicos não mais atenderão em modelo de plantão clínico, sempre reavaliando e tentando conhecer o usuário através de uma rápida anamnese e revisão rebuscada do prontuário, mas sim de uma maneira contínua, fixa e principalmente integral para o usuário, dando valor ao retorno, contato, revisão, avaliação da saúde, enfim, integralidade de atendimento. Por enquanto essa é uma das mais gratificantes recompensas que tive desde que iniciei o trabalho nesta UBS, juntamente com a possibilidade de poder ajudar a implantar a ESF na mesma.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O Município em que atuo Formigueiro, RS, possui 7.014 habitantes, sendo 4.245 habitantes na zona rural e 2.769 na zona urbana. Possui 3 Unidades Básicas de Saúde, sendo uma mista central e 2 ESFs, 1 Posto de Saúde Fundo de Formigueiro e outro ESF na Unidade de Saúde Cerro do Louro (local em que está nossa equipe de saúde). O Município não possui NASF. Conta com ambulatório especializado em pediatria, gineco-obstetrícia, psiquiatria e atendimento odontológico (um consultório junto ao Posto Central e outro na Unidade do Cerro do Louro), conectados ao Posto Central. O Hospital Municipal, onde também funciona um PA é conectado ao Posto Central, onde são realizadas internações, pequenos atendimentos e atendimento de urgência e emergência. A cidade conta com laboratório de análises clínicas e exames de ecografia, porém não há Raio X, TC e RNM. Estes últimos são realizados na cidade de referencia, de Santa Maria, RS, que também faz o atendimento terciário e a maioria do secundário, com ambulatórios de especialidades no Hospital Universitário de Santa Maria.

A Unidade de Saúde do Cerro do Louro é de caráter rural e está em processo de implantação de ESF desde a chegada de nossa equipe de saúde. Antigamente funcionava como PACS, apenas com atendimentos de Agentes

Comunitários e Técnicos de Enfermagem no local. Está totalmente vinculada com o SUS. Tem sua referência no Posto Central da cidade de Formigueiro e na cidade-referência Santa Maria, RS. Nossa equipe de saúde é composta de um médico, uma enfermeira, um odontologista, uma técnica em enfermagem que também atua como auxiliar no consultório odontológico, 5 ACS e 1 auxiliar de serviços gerais.

O Posto de Saúde encontra-se presente na localidade há quase 15 anos, foi reformado ultimamente, porém devido a pouca utilidade, por não ter equipe de saúde, encontra-se um tanto defasado quanto aos cuidados básicos estruturais, como por exemplo, mofo nas paredes, lajotas soltas, janelas enferrujadas, etc. Mas o potencial é grande, possui salas amplas, consultório odontológico, farmácia, expurgo, sala de curativos e de pequenos procedimentos, sala de vacinas, sala de enfermagem e 3 consultórios clínicos. Outros aspectos negativos da estrutura são: a falta de corrimãos para deficientes físicos, falta de piso com aderência especial e mobiliário defasado. Quanto à aparelhagem, há ausência de computadores, telefones e equipamentos em geral. Há cabos para conexão telefônica e de internet, porém sem estes serviços. Outro fator, que acredito ser um dos mais importantes, é a insuficiência de medicações básicas, havendo poucas amostras. Não há material para coleta de CP, pois quando há a necessidade deste tipo de atendimento é encaminhado ao Posto Central onde são realizadas todas as coletas. Acredito que são entraves muito importantes ao funcionamento da UBS, porém aos poucos estão sendo sanados, pois a reciprocidade da gestão está se mostrando muito eficiente. Todos os envolvidos, tanto equipe, quanto gestão, quanto comunidade; estão muito efetivos para o bom funcionamento da unidade.

Inicialmente nossa equipe está dando conta do atendimento de demanda espontânea, sem agendamentos. Um dos motivos é a falta de pessoal para tal, acomodação e costume da população em procurar atendimentos específicos no Posto Central da cidade. Porém a equipe está muito engajada em mudar esta situação. Estamos providenciando juntamente com a gestão pública materiais para coletas específicas de exames, melhorias e adequações dos consultórios para tal tarefa e agregação de pessoal para ampliação de atividades como marcação de consultas, agendamentos e recepção adequada. O aspecto mais importante da melhoria após a chegada da nossa equipe é que o atendimento agora passou a ser diário, criando um vínculo maior com a população local juntamente com o início das visitas domiciliares.

Na área adscrita da unidade de saúde do Cerro do Louro há 2.667 pessoas que constituem 889 famílias. Segundo fontes do IBGE, 2014; temos em torno de 400 pessoas com idade superior a 60 anos. Não temos dados oficiais, pois a inexistência de registros de dados da população na unidade, mas apenas prontuários individuais de cada usuário. Cada dado, os dados epidemiológicos encontram-se agrupados com a população total da cidade, pois até então esta unidade não funcionava como ESF e fazia parte do território do Posto Central. Os dados correspondentes à população condizem com a estrutura da unidade e sua equipe, porém há muito a ser feito quanto a implantação das estratégias. Dependemos exclusivamente de materiais próprios e desvinculação dos serviços como coleta de CP, por exemplo, do Posto Central para a nossa unidade.

O atendimento de demanda espontânea ainda é a principal maneira de atendimento médico - odontológico de nossa UBS. Um fator importante é que o vínculo e a acessibilidade da população tornam-se muito facilitados, porém não temos um acolhimento adequado para essa população, devido carência de pessoal para tal, pois tanto enfermeira quanto técnica em enfermagem, quanto médico acumulam funções burocrático administrativas fazendo com que esse sistema de acolhimento não seja muito efetivo. Acredito que a contratação de pessoal, como por exemplo, recepcionista, auxiliasse todo este processo, pois os profissionais da saúde poderiam atentar apenas para suas funções específicas.

As ações de atenção à saúde da criança acontecem da mesma maneira que os atendimentos normais rotineiros, sob demanda espontânea. Temos acompanhamento de puericultura na cidade de Formigueiro- RS, porém o mesmo acontece no Posto Central da cidade em dois dias da semana sob supervisão de uma médica pediatra. O atendimento obstétrico e puerperal também é realizado em duas ocasiões na semana por um médico obstetra. Uma maneira para melhorar esta situação seria de implantar ações programáticas à saúde da criança e da gestante, conforme os manuais do MS e incentivar a adesão populacional a partir de cada consulta de demanda espontânea e ações educativas na UBS e fora. Tanto nos atendimentos médicos, atendimentos de enfermagem e nas visitas dos ACS à população. Da mesma maneira acontece com a realização do pré-natal, sendo toda essa estratégia realizada no Posto Central sob a supervisão de um médico obstetra que atende em dois turnos da semana. As mesmas ações para melhoria desse serviço são compatíveis com as da atenção da saúde à criança. Acredito que a

implantação gradual de programas básicos e protocolos técnicos aplicados pela equipe de saúde local começaria a mudar esta realidade, sempre, é claro, contando com o auxílio de especialistas na área.

Outro aspecto de importante relevância à saúde da população da Unidade de saúde do Cerro do Louro, que iniciou após a chegada da equipe de saúde, foi o início de uma busca mais ativa nas consultas de demanda espontânea por problemas de saúde específicos, como câncer de colo de útero e de mama. A cada consulta toda a equipe interage com o usuário para a busca ativa dessas comorbidades, orientando e auxiliando da melhor maneira possível. Não contamos ainda com material específico para coletas de CP, os quais segundo a gestão estão sendo providenciados. Já para as afecções mamárias estão sendo realizadas orientações educacionais como a realização do autoexame, solicitações de mamografia conforme preconizados pelo MS e busca ativa pelas ACS e nas consultas clínicas. A população está respondendo de maneira muito positiva e até um tanto impressionada com a qualidade do serviço que está sendo prestado, que até então não era realizado nesta UBS.

O processo de registro populacional da UBS é muito defasado, para não dizer inexistente. Não há registro específico algum quanto à usuários hipertensos ou diabéticos. As ações de atenção para esses grupos são dadas em nível de demanda espontânea e distribuição de receitas contínuas. Porém em cada nova consulta, gradativamente, está sendo realizado um cadastro desta população para a implantação de grupos, tal como o HIPERDIA a fim de acompanhar, tratar, educar e principalmente evitar complicações dessas doenças crônicas. A população estava acostumada ao típico atendimento da UBS tradicional e está muito satisfeita com as mudanças sendo encorajadas a cada vez mais ampliar sua adesão. Todos os membros da equipe de saúde estão engajados nessa tarefa agindo de maneira concisa em equipe.

A população idosa adscrita na unidade pode ser considerada como de proporção elevada, pois ultrapassa os 7% considerados pela OMS, totalizando quase 15% da população local. Infelizmente, como acontece com os outros registros, não há uma organização adequada dos mesmos para essa população específica na UBS. O atendimento dos idosos caracteriza proporcionalmente, o de maior número na nossa Unidade. Da mesma maneira, são realizados por demanda espontânea e retornos orientados após essas consultas, sem qualquer tipo de

agendamento. Sempre em cada consulta, tanto médica, quanto de enfermagem, esta população é orientada de maneira individual sobre seus problemas crônicos e cuidados diários. Na UBS não são realizadas ações específicas para esta faixa etária. Acredito que a formação de grupos para ações educativas, diminuição e controle dos fatores de riscos, incentivo à participação social, renovação de objetivos e compartilhamento de experiências; seriam de grande valia, principalmente para esta população. Tais como os preconizados pelo MS.

Os desafios para a melhoria da atenção básica na nossa UBS são inúmeros, o que poderia desestimular toda a equipe. Porém, acredito que o potencial de melhora é elevadíssimo, considerando todas as falhas apresentadas em nossa UBS, pois vejo que temos muito trabalho pela frente, mas temos toda, ou quase toda a essência e estrutura necessárias para a realização dessas tarefas. A implantação das estratégias e protocolos preconizados pelo MS serão fundamentais para o engrandecimento da qualidade da atenção básica oferecida à população local.

1.3 Comentário Comparativo sobre o Texto Inicial e o Relatório da Análise Situacional

Atualmente, já podemos perceber que a melhoria no atendimento à população foi bastante significativa, principalmente em relação à qualidade do serviço prestado devido à existência de uma equipe de saúde local onde não havia e a chegada de equipamentos de informática e eletrônicos para auxílio diagnóstico, pesquisa e cadastro. Há sim, carências a serem sanadas: como falta de medicamentos, programas e protocolos e algumas ações em saúde preventiva.

Certamente, a principal delas é a falta de registros específicos sobre a população local e suas morbidades. Este será um dos maiores desafios que teremos pela frente, pois o trabalho de melhoria nos indicadores depende e muito de registros adequados para acompanhamento.

Acredito que gradativamente cada obstáculo está sendo ultrapassado de maneira concisa, coesa e principalmente trabalho interdisciplinar. Desde já, a população está se mostrando muito satisfeita e participativa no âmbito da unidade.

Considero que este trabalho, mesmo inicial, teve grande impacto na saúde da população e ainda está apenas no começo.

2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção

2.1 Justificativa

A escolha do projeto de intervenção com o tema de HAS/DM para a Unidade de Saúde do Cerro do Louro ocorreu em virtude da necessidade de melhorar esta enfermidade com grande prevalência, não só na população local, mas como também na população brasileira. Em relação a HAS, a prevalência média na população geral brasileira está em torno de 32%, sendo que para idosos entre e 60 e 69 anos está em torno de 50% e para maiores de 70 anos está em torno de 75%; conforme dados do MS. Já para DM o Brasil ocupa a 8ª posição com prevalência de 4,6%, e previsão de subir para 6º lugar com 11,3% em 2030; conforme dados da OMS,2010. É fato que nossa unidade local de saúde do Cerro do Louro carece de melhorias universais, mas a escolha pela temática HAS/DM contribuirá de forma significativa no início da implantação do nosso trabalho.

A unidade de saúde conta com uma estrutura física não perfeita, porém adequada para o atendimento da população. A equipe foi estruturada com a presença de um médico, uma enfermeira, um dentista, uma técnica em enfermagem (não há auxiliar de enfermagem, nem recepcionista), cinco ACS e um auxiliar de serviços gerais. Nossa população adscrita é de aproximadamente 2.667 pessoas e segundo estimativa local, por ausência de registro específico.

A população alvo, somando as duas comorbidades, seria em torno de 770 pessoas. Nossos dados locais constam com 107 usuários, tendo esses uma adesão muito satisfatória aos cuidados em saúde. Porém, até então, a unidade de saúde oferecia apenas atendimentos de demanda espontânea e ausência total de planos ou projetos preconizados pelo MS, o que torna a qualidade do serviço prejudicada, sendo este o ponto principal a ser melhorado, claro que é apenas o começo.

Concluindo, a escolha por este projeto de intervenção em HAS/DM baseia-se não apenas no fato de ser um assunto de alta prevalência na população brasileira, mas como também representa o maior número de consultas médicas e de enfermagem em nossa unidade. A equipe está ansiosa com o desafio de melhorar

os indicadores de saúde locais. A grande dificuldade encontra-se no registro dos dados, o que dificulta o nosso trabalho, porém atitudes como criação de novos registros específicos e boa vontade tentarão superar esta deficiência.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção à saúde dos Hipertensos e Diabéticos da área de abrangência da UBS Cerro do Louro – Formigueiro/RS.

2.2.2 Objetivos Específicos

Objetivo 1: Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos.

2.2.3 Metas

Metas referente ao objetivo 1

- Meta 1.1: Cadastrar 30% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Meta 1.2: Cadastrar 30% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Metas referente ao objetivo 2

- Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

- Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.
- Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização dos exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- Meta 2.5: Garantir a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Meta 2.6: Garantir a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- Meta 2.7: Realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.
- Meta 2.8: Realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Metas referentes ao objetivo 3

- Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.
- Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Metas referente ao objetivo 4

- Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Metas referente ao objetivo 5

- Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários cadastrados na unidade de saúde.

Metas referente ao objetivo 6

- Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.
- Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.
- Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos hipertensos.
- Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos diabéticos.
- Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.
- Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.
- Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos.
- Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos.

2.3 Metodologia

A Intervenção para melhoria na atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos na UBS Cerro do Louro – Formigueiro/RS teve uma duração de 12 semanas, com início no dia 08/08/2014 e término em 06/11/2014. Foram adotados como protocolos os Cadernos de Atenção Básica nº 36 - Diabetes Mellitus (BRASIL, 2013) e nº 37 - Hipertensão Arterial Sistêmica (BRASIL, 2013).

A área adscrita da UBS possui 2667 usuários, sendo que 166 são hipertensos e 50 são portadores de diabetes mellitus.

2.3.1 Ações

Ações desenvolvidas em relação ao objetivo 1 de **AMPLIAR A COBERTURA**:

- Monitoramento e Avaliação

- Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

- Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes.

Detalhamento: Os ACS ficaram responsáveis de passar qualquer modificação nos seus registros das visitas e coleta de dados ao enfermeiro da UBS Cerro do Louro, que por sua vez ficou encarregado preencher e manter atualizado o cadastro no registro específico criado para o programa.

- Organização e Gestão do Serviço

- Garantir o registro dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: Ação feita por qualquer profissional da saúde, mas sempre revisada pelo enfermeiro da UBS. Como não temos recepcionista, o profissional seja ele o técnico ou o auxiliar de enfermagem fará a ficha de atendimento do usuário e o enfermeiro providenciará o registro específico do usuário.

- Iniciar o agendamento de consultas programadas.

Detalhamento: Combinado o início dessas ações nas primeiras reuniões da equipe conforme o cronograma e repassadas aos ACS para comunicação à comunidade conforme localização geográfica, mas principalmente com prioridade aos mais necessitados.

- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e/ou DM.

Detalhamento: Ação feita por qualquer funcionário da saúde da UBS. Quando o usuário for acolhido por profissional que não seja da área da saúde, o mesmo encaminhará o usuário à sala de espera ou sala de enfermagem.

- Garantir material adequado para a medição da pressão arterial e HGT na UBS.

Detalhamento: Ações realizadas para revisar todo o material da unidade e suas validades. Encaminhando aos técnicos responsáveis, assim como para calibrar, quando necessário, os esfigmomanômetros e testar os aparelhos para medição de HGT.

- Engajamento Público

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Estas ações serão realizadas por todos os profissionais da saúde da UBS Cerro do Louro – Formigueiro/RS. Tanto nas reuniões dos grupos de HAS/DM, tanto em visitas domiciliares, mas principalmente reforçadas nas consultas programadas na UBS ou em consultas de livre demanda.

- Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para a verificação criteriosa da pressão arterial, incluindo o uso adequado do manguito.

Detalhamento: Ações que serão realizadas nas duas semanas iniciais e sempre continuadas quando necessárias (nas reuniões semanais da equipe), para a garantia de qualidade e eficiência no cadastro dos usuários e garantia da capacitação da equipe. O responsável será o médico e o enfermeiro ficará com a responsabilidade de fiscalizar o trabalho dos ACS. Foram utilizados os cadernos de atenção básica em HAS e DM do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

Ações desenvolvidas em relação ao objetivo 2 de **MELHORAR A QUALIDADE:**

- Monitoramento e Avaliação

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos e/ou hipertensos.

- Realizados e monitorados pelo médico da UBS em consultas agendados, de demanda espontânea e em visitas domiciliares.
- Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, assim como a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Sempre será avaliado na triagem da enfermagem previamente à consulta médica. Será utilizada a ficha espelho fornecida pela especialização para todos os usuários cadastrados no programa. A sua revisão anterior às consultas de enfermagem ou médicas tornou-se protocolo na UBS, a partir do início do projeto de intervenção em melhoria a saúde do hipertenso e/ou diabético.

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Ação que será exercida pelos profissionais de saúde da UBS como também orientada à todos os usuários. Após cada consulta médica ou de enfermagem os usuários serão orientados a solicitar seus medicamentos na farmácia da UBS e sempre que necessário se dirigir a algum profissional da área para sanar suas dúvidas quanto à aquisição dos medicamentos.

- Organização e Gestão do Serviço

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Ações que serão previstas e realizadas nas duas primeiras semanas de intervenção. Estas semanas iniciais serão de grande importância pois a maioria das orientações serão fornecidas neste momento, seguindo os protocolos dos cadernos de atenção básica do MS. Claro que com o passar do tempo haverá dúvidas, mas serão sanadas com o passar da intervenção.

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Detalhamento: ações que também serão realizadas nas duas semanas iniciais de acordo com o cronograma.

- Dispor de versão atualizada dos protocolos impressos na unidade de saúde.

Detalhamento: Tarefas que serão realizadas com o auxílio da gestão local. A gestão sempre foi bastante prestativa em relação às solicitações para realização do projeto.

- Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: Atribuições que ficarão ao encargo do médico em consulta agendada, de demanda espontânea ou em visitas domiciliares. O mesmo revisará cada ficha espelho dos usuários em avaliação. Conforme a necessidade, solicitará novos exames ou apenas os que faltam para que a atenção ao usuário fique em caráter integral, de acordo com o protocolo.

- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento: Sempre era pauta das reuniões semanais da UBS com a participação da gestão municipal.

- Estabelecer sistemas de alerta para exames complementares preconizados.

Detalhamento: Realizados pelo enfermeiro da UBS na triagem da enfermagem previamente às consultas agendadas, de livre demanda ou em visitas domiciliares. Cada ficha espelho será avaliada, também pelo enfermeiro, que marcará as mesmas através de lápis ou bilhete para que se possa solicitar os exames necessários.

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: Atribuição principalmente do enfermeiro, mas como também de qualquer funcionário da área da saúde da UBS Cerro do Louro. Será feita uma avaliação mensal para revisão geral da medicação. As mesmas, que tiverem prazo de vencimento em proximidade com a data vigente, serão averiguadas semanalmente pelo enfermeiro e descartadas quando necessárias.

- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Atribuição do médico da unidade. Esta ação era revisada a cada duas semanas ou conforme os estoques acabassem. O médico terá uma lista de todas as medicações da farmácia popular utilizadas pelos usuários da unidade. A

cada duas semanas revisará se as mesmas continuam presentes e disponíveis para uso e solicitação dos usuários. Esta lista estará de acordo com as medicações de uso contínuo, de distribuição gratuita do MS.

- Engajamento Público

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e/ou diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Estas ações serão realizadas por todos os profissionais da saúde da UBS Cerro do Louro – Formigueiro/RS. Tanto nas reuniões dos grupos de HAS/DM, tanto em visitas domiciliares, mas principalmente reforçadas nas consultas programadas na UBS ou em consultas de livre demanda.

- Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: Ações que serão realizadas nas duas primeiras semanas de intervenção e mantidas concomitantemente com a mesma, utilizando-se os protocolos dos cadernos de atenção básica números 36 e 37 do MS (BRASIL, 2013).

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Ações que serão realizadas nas duas primeiras semanas de intervenção e mantidas concomitantemente com a mesma, utilizando-se os protocolos dos cadernos de atenção básica números 36 e 37 do MS (BRASIL, 2013).

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.

Detalhamento: O médico deverá estar sempre em constante aprendizado e atualização clínica, seja através de artigos científicos, seja através dos protocolos atuais em HAS e DM. Uma das maneiras que facilitou bastante o trabalho do médico e da equipe de saúde foi a instalação de computadores na unidade para acessar os periódicos em saúde do MS e de telefone para o contato com o telessaúde.

- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Treinamento realizado nas duas primeiras semanas de intervenção e continuado durante todo o projeto. Cada usuário, a partir de agora, poderia fazer a solicitação junto à farmácia da UBS para a obtenção de sua medicação. As medicações que porventura não estivessem disponíveis na unidade seriam retiradas na farmácia do município que fica ao lado da secretaria de saúde de Formigueiro/RS.

Ações desenvolvidas em relação ao objetivo 3 de **MELHORAR A ADEÇÃO:**

- **Monitoramento e Avaliação**

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: Tarefa concomitante do médico e do enfermeiro da unidade. Em reunião semanal, ambos farão um detalhamento dos usuários que vieram às consultas agendadas e os que faltaram. Estabelecerão aos ACS a tarefa de fazer a busca ativa na próxima semana para que possa ser dada a devida continuidade ao sistema de atendimento do projeto de intervenção.

- **Organização e Gestão do Serviço:**

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: Tarefa do enfermeiro em parceria com os ACS, realizadas semanalmente nas reuniões de equipe.

- Organizar a agenda para acolher os hipertensos e/ou diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Tarefas realizadas pelo enfermeiro da unidade, realizadas semanalmente nas reuniões de equipe.

- **Engajamento Público**

- Informar a comunidade sobre a importância da realização das consultas.

Detalhamento: Ações previstas para serem realizadas por todos os profissionais da saúde da unidade, tanto nas consultas agendadas, de livre demanda e em visitas domiciliares.

- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e/ou diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

Detalhamento: Ação esta que era desenvolvida principalmente nos grupos de HAS e DM que eram realizadas na comunidade local.

- Esclarecer aos portadores de HAS/DM e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Ações previstas para serem realizadas por todos os profissionais da saúde da unidade, tanto nas consultas agendadas, de livre demanda e em visitas domiciliares.

- **Qualificação da Prática Clínica**

- Treinar os ACS para a orientação de hipertensos e/ou diabéticos quanto à realização das consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Atividades que serão realizadas pelo médico e pelo enfermeiro, com ênfase nas duas primeiras semanas de intervenção, porém mantida por todo o tempo em que o projeto se desenvolve. Serão utilizados os protocolos dos cadernos de atenção básica números 36 e 37 para DM e HAS, respectivamente. Nas reuniões semanais da equipe, toda e qualquer dúvida que for aparecendo, serão sanadas.

Ações desenvolvidas em relação ao objetivo 4 de **MELHORAR O REGISTRO:**

- **Monitoramento e Avaliação**

- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: Será criado um registro específico para acompanhamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS Cerro do Louro – Formigueiro/RS. Com esse registro específico ficará muito mais fácil acompanhar o cadastro de todos os usuários e possíveis falhas para que possam ser averiguadas e corrigidas prontamente. Os dados ficarão todos em um único caderno/pasta de fácil acesso aos profissionais da saúde. O enfermeiro do posto será o responsável por manter este caderno atualizado com o repasse das informações pelos e aos ACS.

- **Organização e Gestão do Serviço**

- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consultas de acompanhamento, exames complementares, a não realização do exame de estratificação de risco, a não avaliação do comprometimento do órgão alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: Esta ação ficará ao encargo do médico da unidade. Estará atrelada à ficha espelho fornecida pelo curso de EaD da UFPel. Cada usuário terá sua ficha espelho revisada antes de qualquer consulta agendada, de demanda espontânea ou em visita domiciliar. Feito isso, os usuários terão a garantia de que suas consultas, exames complementares, estratificação de risco, avaliação de órgãos alvo e estado de compensação da doença serão devidamente avaliados.

- Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: O enfermeiro da unidade de saúde ficará responsável por passar todas as informações ao SIAB e comunicar ao restante da equipe caso ocorra alguma discrepância entre as informações do SIAB e as do registro específico para que juntos, todos possam tomar as providências necessárias.

- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.

Detalhamento: Será criado um registro específico para acompanhamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS Cerro do Louro – Formigueiro/RS.

- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: O monitoramento do registro específico ficará ao encargo do médico e do enfermeiro da unidade de saúde.

- Engajamento Público

- Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e o acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Ficará esta ação, sob responsabilidade do médico da UBS, de informar ao usuário sobre seus direitos em relação aos registros médicos na unidade, principalmente quando solicitadas.

- Qualificação da Prática Clínica

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e/ou diabético.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: As ações de treinamento e capacitação da equipe de saúde da UBS Cerro do Louro serão realizadas nas duas primeiras semanas do projeto de intervenção e mantidas durante todo o programa. Serão realizadas também grupos de estudos nas reuniões semanais quando houver alguma dúvida quanto às tarefas a serem realizadas pela equipe.

Ações desenvolvidas em relação ao objetivo 5 de **MAPEAR HIPERTENSOS E/OU DIABÉTICOS DE RISCO CARDIOVASCULAR:**

- Monitoramento e Avaliação

- Monitorar o número de usuários hipertensos e/ou diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: Ação esta que será contemplada, pelo menos uma vez ao mês, em reunião de equipe para averiguação do andamento do projeto. A cada quatro reuniões mensais de equipe, na última será abordada esta temática para manter em dia a avaliação de risco cardiovascular anual dos usuários da intervenção. Sempre será avaliada a realização ou não da avaliação de risco cardiovascular antes das consultas médicas, de livre demanda ou em visitas domiciliares. Então, será revisada nesta última reunião mensal da equipe para a garantia total da mesma.

- Organização e Gestão do Serviço

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Detalhamento: Capacitar a equipe para utilizar a Triagem de Manchester para atendimento preferencial na UBS. Mantendo sempre, quando possível for, a prioridade para os usuários do projeto de intervenção com consultas agendadas.

- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: A agenda será organizada no turno da manhã para os usuários do projeto de intervenção. Na parte da tarde, esses usuários terão a preferência sobre os atendimentos de demanda espontânea, claro que obedecendo à Triagem de Manchester.

- Engajamento Público

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer aos usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como a alimentação).

Detalhamento: Estas ações serão desenvolvidas e reforçadas nos grupos de HAS e DM para uma melhor disseminação e troca de ideias. Claro que em toda consulta agendada, de demanda espontânea e em visita domiciliares serão abordadas.

- Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, e da avaliação dos pés para os diabéticos.
- Capacitar a equipe para a importância do registro dessa avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Todas essas ações serão abordadas nas duas primeiras semanas de treinamento da equipe de saúde e reforçadas ao decorrer do projeto nas reuniões semanais que acontecerão uma vez a cada semana. Serão feitas pelo médico e enfermeiro da UBS.

Ações desenvolvidas em relação ao objetivo 6 de **PROMOVER À SAÚDE:**

- **Monitoramento e Avaliação:**

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e/ou diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e/ou diabéticos.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e/ou diabéticos.
- Monitorar as consultas periódicas anuais de hipertensos e/ou diabéticos com dentista.

Detalhamento: Todas essas ações serão realizadas pelo médico em consulta clínica agendada, de livre demanda ou em visitas domiciliares. Como também em grupos de HAS e DM. O médico abordará cada caso individualmente, avaliando a necessidade de aprofundar específicos assuntos ao indivíduo que está sendo atendido. Serão utilizados os protocolos e dicas dos cadernos de atenção básica do MS sobre HAS e DM.

- **Organização e Gestão do Serviço**

- Organizar a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e/ou diabético.
- Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.
- Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários.

Detalhamento: Estas ações serão desenvolvidas pelo dentista da unidade de saúde, que atenderá exclusivamente em dois dias da semana os usuários da intervenção em melhoria à saúde do hipertenso e/ou diabético.

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionista nestas atividades.

Detalhamento: Tarefas que serão realizadas pela nutricionista cedida pela prefeitura para participar dos grupos da UBS Cerro do Louro – Formigueiro/RS. Também será colaborada pelo médico e pelo enfermeiro nos mesmos grupos. Os grupos acontecerão na semana final de cada mês do projeto de intervenção, de acordo com o cronograma. O local a ser utilizado para a realização dos grupos será uma escola municipal que será oferecida pela gestão local.

- Organizar práticas coletivas sobre exercício físico regular.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educador físico nestas atividades.

Detalhamento: Tarefas realizadas pelos profissionais de saúde em geral da UBS. Até o momento não dispomos de um educador físico para fazer o acompanhamento aos grupos de HAS e DM. Porém já está em pauta nas reuniões com a gestão e tão logo quanto possível, disponibilizaremos do profissional da área para acompanhamento desta atividade.

- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o “abandono do tabagismo”.

Detalhamento: A cidade de Formigueiro/RS disponibiliza de grupo de “abandono do tabagismo”. Logo, qualquer usuário fumante será encaminhado ao grupo para avaliação com os profissionais treinados e uso de medicações quanto indicada.

- Engajamento Público

- Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.
- Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.
- Orientar hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar os hipertensos e/ou diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Ações estas do projeto de intervenção que serão realizadas pelos profissionais da saúde da UBS Cerro do Louro, estando sempre presentes o médico, o enfermeiro e um técnico em enfermagem. Serão realizadas buscas na comunidade entre profissionais de diferentes áreas para a promoção à saúde. Os grupos de HAS e DM serão de extrema importância para a realização destas atividades. Os grupos acontecerão na semana final de cada mês do projeto de intervenção, de acordo com o cronograma. O local a ser utilizado para a realização dos grupos será uma escola municipal que será oferecida pela gestão local.

- Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso e/ou diabético.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento: Realizar nas duas primeiras semanas da intervenção as capacitações necessárias com a presença de todos os profissionais da área da saúde. Médico, dentista e enfermeiro unirão esforços e conhecimentos para repassar orientações quanto às atividades de cada membro da equipe no projeto de intervenção. Continuar sempre realizando reuniões semanais para esclarecimentos das dúvidas que possam surgir no caminho.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 30% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS.

Denominador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da UBS.

Meta 1.2: Cadastrar 30% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS.

Denominador: Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da UBS.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 166 usuários, ou seja, 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização dos exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exames periódicos em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exames periódicos em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 2.5: Garantir a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 2.6: Garantir a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 2.7: Realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 2.8: Realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Numerador: Número de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Numerador: Número de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% os hipertensos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Numerador: Número de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Numerador: Número de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

2.3.3 Logística

Em relação à logística do projeto de intervenção do programa em atenção aos hipertensos e diabéticos na unidade de saúde do cerro do louro serão adotados os manuais do MS preconizados nos cadernos de atenção básica n. 36 e 37. Será utilizada a ficha-espelho fornecida pelo curso, que será anexada ao cadastro no

prontuário de cada usuário. Esta ficha será elaborada em conjunto pelo médico e enfermeira da unidade local. A meta inicial será de alcançar 30% desses usuários nos primeiros três meses. Como a unidade de saúde não contém rede ou planilhas eletrônicas a coleta de dados será realizada pela técnica em enfermagem, enfermeira e médico.

Para organizar a ficha espelho do programa, a enfermeira organizará o livro de registros específico que também será criado para identificar esses usuários, anotando os que passarem por consulta médica ou de enfermagem pelos próximos três meses. A profissional localizará o prontuário destes usuários e transcreverá todas as informações disponíveis na ficha-espelho, sempre monitorando, anexando com informações de consultas em atraso, exames clínicos, exames laboratoriais e vacinas em atraso. Realizando também estratificação do risco cardiovascular por critério clínico, assim como existência de orientações de atividade física regular, nutrição, tabagismo e avaliação da saúde bucal.

Após ser feita a análise situacional e definido um foco para intervenção, os quais já foram discutidos com a equipe, começaremos a intervenção pela capacitação dos profissionais sobre o manual técnico das ações programáticas em hipertensos e diabéticos do MS. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, sendo realizadas reuniões diárias ao final do expediente para discussão de cada tópico do manual. Sendo que o manual será dividido por itens e cada um desses apresentados por um integrante da equipe.

O acolhimento dos portadores de HAS e/ou DM será realizado pela técnica de enfermagem. Os usuários que por ventura necessitarem atendimento sob demanda espontânea serão encaixados conforme agenda do dia ou, se para consulta de rotina será por agendamento prévio (retorno) no caso de mostrar resultados de exames laboratoriais, por exemplo. A demanda espontânea na nossa unidade é uma realidade muito forte, aos poucos, tentaremos substituir este método por agendamento prévio integral.

Em relação ao engajamento público serão realizadas orientações quanto à importância em se diagnosticar a HAS/DM precocemente, exemplificar seus riscos e reafirmar os benefícios. Neste último caso, particularmente, benefícios ao iniciar um tratamento precoce e até mesmo de prevenção em níveis pré-hipertensos e pré-diabéticos. Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão a partir dos 18 anos e rastreio de DM em pessoas com pressão arterial sustentada de

3 Relatório da Intervenção

3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integral ou parcialmente

No que tange às ações que estavam previstas no projeto e que foram executadas, pode-se afirmar que chegamos ao final do projeto de intervenção em Melhoria da saúde do Hipertenso e/ou Diabético na Unidade de Saúde do Cerro do Louro da cidade de Formigueiro – RS. Com o fim de mais esta etapa pudemos avançar muito na qualidade do serviço oferecido à população local. Até então, não havia equipe completa de profissionais de saúde no posto de zona rural. O trabalho foi, está sendo, e espero que continue pelo futuro próximo, muito gratificante; tanto para a população adscrita quanto para os profissionais de saúde.

As ações previstas para o projeto foram, quase em totalidade, realizadas de uma maneira satisfatória. A capacitação dos profissionais de saúde, o papel que cada um deles desempenharia, o atendimento clínico incorporado à rotina do serviço e o monitoramento do projeto; todos, realizados com qualidade e dedicação. Em especial, citaria o engajamento público, com a participação dos grupos de HAS/DM, contato e empenho das lideranças da comunidade e gestão, fizeram com que o trabalho fosse realmente proveitoso e com uma esperança de continuidade muito importante. Pois acredito que a prevenção e educação em saúde são os melhores tratamentos que o cidadão pode receber.

3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integral ou parcialmente

Em relação às facilidades e dificuldades referente às ações disciplinadas no projeto, importante ressaltar que com certeza tivemos muitas dificuldades, entre as quais citaria as de ingerência específicas de nossa unidade. Uma delas seria quanto

aos exames de rotina dos usuários de uma ou ambas morbidades (HAS/DM). A demora na realização da coleta, o limite mensal de coletas e a falta de acesso de alguns usuários por dificuldade, até mesmo de locomoção, fizeram com que o retorno e acompanhamento dos indivíduos cadastrados ficassem comprometidos. Outro problema, este que diz respeito um pouco mais à equipe, porém não de pessoal, mas sim de meios específicos: a dificuldade de acesso à áreas remotas para cadastramento de novos usuários do sistema e principalmente do programa. A área interiorana do município é bastante extensa e os ACS devem utilizar os meios de transportes coletivos do interior para a realização das visitas, mas na grande maioria das vezes a locomoção utiliza as vias principais das estradas de chão, deixando de lado outros acessos secundários e longínquos. Porém este problema aos poucos está sendo resolvido com a utilização de um carro da prefeitura pelos ACS acompanhados de um técnico em enfermagem para acessar estas áreas.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores

Quanto às dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados referente à intervenção, fechamento de planilhas de coleta de dados e cálculo dos indicadores, destaco que a dificuldade na coleta dos dados foi um fator problemático por dois aspectos:

O primeiro por ser de um tema de grande abrangência e prevalência em qualquer unidade de saúde que é o caso da HAS e/ou DM.

O segundo seria devido à total ausência de registros específicos sobre o mesmo. Mas com muito trabalho e dedicação de toda a equipe pode ser amenizado até um caráter satisfatório. Quanto à sistematização de dados, não poderia ter sido realizado com tanta perfeição se não fosse o trabalho em equipe de todos os profissionais de saúde da unidade que embarcaram no projeto e fizeram dele o plano principal nos atendimentos clínicos do posto. O fechamento da planilha e cálculo dos indicadores ficaram sob responsabilidade do médico.

Sobre o cálculo final dos indicadores, tivemos um alcance de 129 hipertensos e 44 diabéticos, totalizando um percentual de 77,7% e 88%, respectivamente. Acredito que foi um alcance bastante significativo para o pouco período que tivemos

na intervenção e que ao passar do tempo será complementado em 100% num futuro vindouro. Claro que esta estimativa foi feita a partir dos dados atuais da unidade, os quais estão sendo atualizados semanalmente. Ou seja, em números reais, os indicadores podem ter sido um pouco menores que esta estimativa atual. Enfim, tínhamos uma meta inicial de 30% de alcance neste período do projeto. Todos ficaram muito felizes com o resultado.

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra

A incorporação das ações do projeto de intervenção em melhoria da saúde do hipertenso e/ou diabético da unidade de saúde do Cerro do Louro tem tudo para deslançar e se consolidar na rotina do serviço. Um fato muito interessante é que até a auxiliar de limpeza do posto fez cadastramento de usuários para a intervenção. Fato que demonstra total empenho e participação dos funcionários e de toda a equipe. A resposta da população foi muito positiva. Um fato que demonstra essa satisfação é que além do número crescente de usuários da intervenção, que foi aumentando conforme a realização dos mesmos, era a presença de uma população previamente hígida ou até mesmo com outras patologias que faziam questão de participar dos encontros. A carência dos usuários aliada ao empenho e dedicação de uma equipe recém chegada foi a combinação perfeita para o sucesso do projeto, mesmo com todas as dificuldades encontradas no trajeto.

Enfim, temos muita esperança que este trabalho se perpetue e se estabeleça como uma rotina na unidade de saúde. Nós continuaremos a fazer a nossa parte para que isto ocorra.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

Objetivo: Ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos.

Meta: Cadastrar 30% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador: Cobertura do de atenção ao hipertenso e/ou diabético na unidade de saúde.

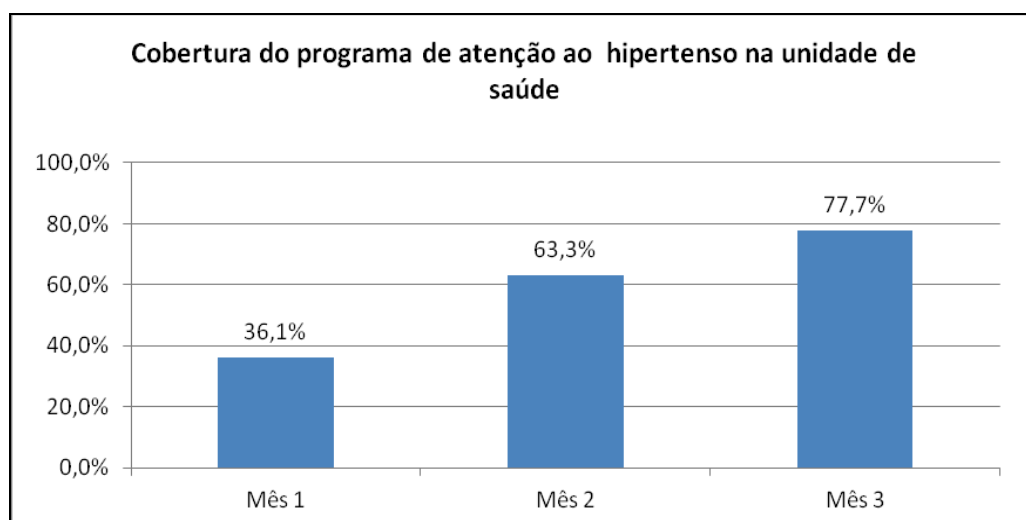


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Cerro do Louro, Formigueiro/RS.
Fonte: Planilha de coleta de dados.

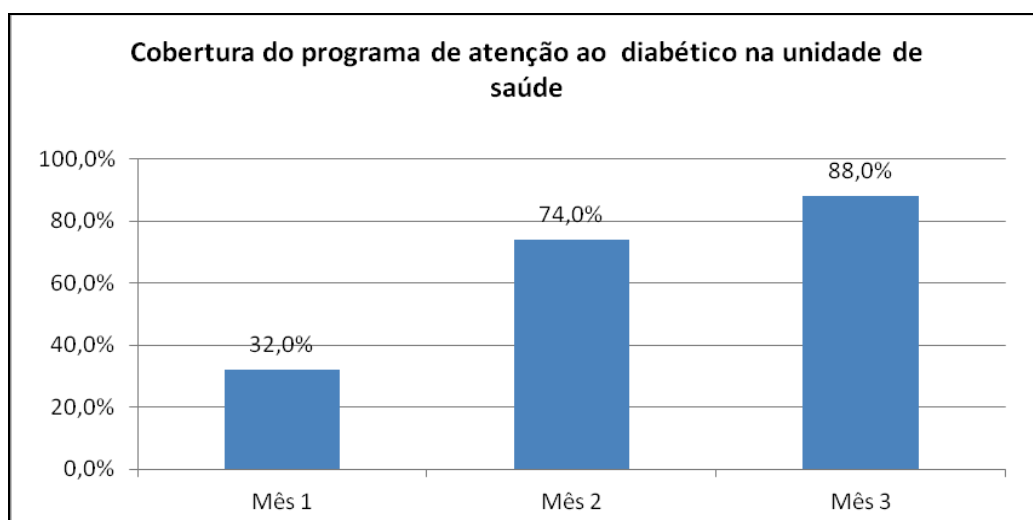


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Cerro do Louro, Formigueiro/RS
Fonte: Planilha de coleta de dados

O projeto de intervenção tratou da melhoria à saúde do hipertenso e/ou diabético, na unidade de saúde do Cerro do Louro da cidade de Formigueiro/RS. Na área adscrita da UBS existem 166 hipertensos e 50 diabéticos. Participaram deste projeto no primeiro mês: 60 hipertensos e 16 diabéticos, totalizando 36,1% e 32%. No segundo mês o projeto de intervenção teve a participação de 105 hipertensos e 37 diabéticos, 63,3% e 74%. No terceiro mês finalizou com a participação de 129 hipertensos e 44 diabéticos, 77,7% e 88% no total.

Foi estipulada uma meta de 30% de cobertura no início da intervenção. Fico muito feliz com o resultado obtido, mas ao mesmo tempo apreensivo para manter e aprimorar esse mesmo alcance após o término do projeto. Até então, com a chegada de nossa equipe de saúde, não tínhamos nenhum equipamento eletrônico para cadastramentos e registros específicos na unidade. Mas com o início do trabalho dos ACS, esse panorama mudou e tivemos a possibilidade de um cadastro melhor, porém ainda não o adequado. Mas estamos chegando lá.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador: Cobertura de hipertensos e/ou diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Os usuários hipertensos e diabéticos foram devidamente examinados clinicamente de acordo com o protocolo. Para os hipertensos, foram avaliados 60 (100%), no segundo mês 105 (100%) e no terceiro mês 129 (100%). Já para os diabéticos os números foram os seguintes: no primeiro mês foram 16 (100%), no segundo 37 (100%) e no terceiro 44 (100%) usuários com cobertura em dia para exame clínico.

Acredito que por estas metas sim, podemos nos orgulhar ainda mais. Foram quase todas alcançadas em 100%, sendo que este é o principal objetivo do projeto de intervenção. O grande problema nesta temática fica às custas dos exames complementares que abordaremos logo em seguida.

A ênfase nas ações qualitativas foi o grande diferencial do projeto. Com isso, mesmo após o término da intervenção, poderemos contar com uma qualidade significativamente melhorada nas consultas médicas e de enfermagem aos hipertensos e diabéticos de nossa unidade de saúde. Temos como exemplo a

proporção de hipertensos e diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo, como por exemplo a correta aferição da pressão arterial para os hipertensos e a minuciosa a avaliação dos pés para os usuários diabéticos, os quais foram alcançados em 100%.

Objetivo: Garantir a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta: Realizar exames complementares em dia em hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador: Proporção de hipertensos e/ou diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

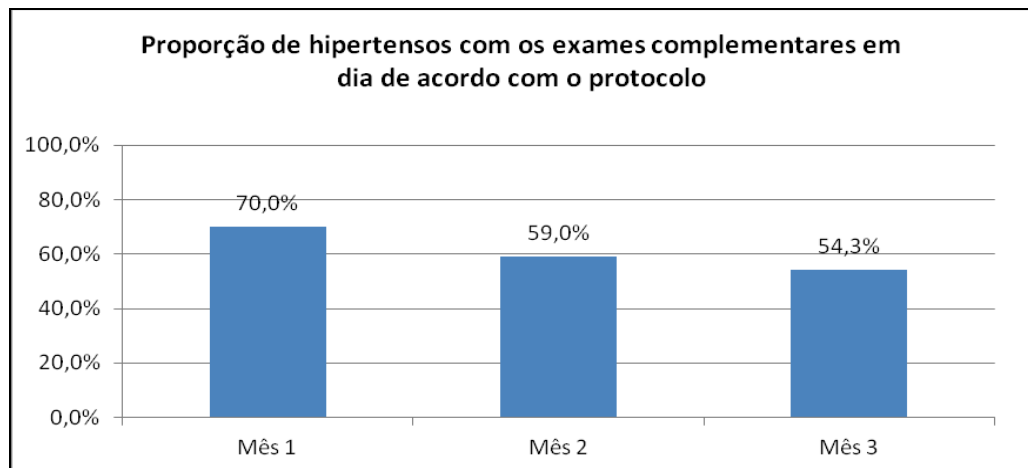


Figura 3: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de Saúde do Cerro do Louro, Formigueiro/RS
Fonte: Planilha de coleta de dados.

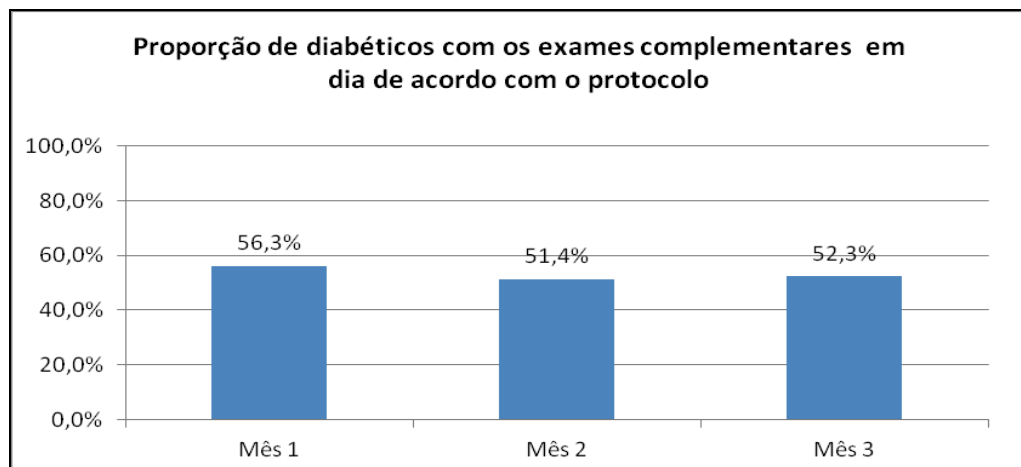


Figura 4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de Saúde do Cerro do Louro, Formigueiro/RS
Fonte: Planilha de coleta de dados.

Todos os usuários cadastrados tiveram a solicitação dos exames complementares realizada, porém a maior dificuldade para o alcance da meta foi a questão da quota de exames definida pela secretaria de saúde. Sendo assim, muitos dos usuários que foram atendidos durante a intervenção não conseguiram retornar, até esse momento, para a apresentação dos exames realizados. Dessa forma, no primeiro mês tivemos 42 hipertensos (70%) e 9 diabéticos com exames complementares em dia (56,3%), no segundo mês tivemos 62 hipertensos (59%) e 19 diabéticos (51,4%), no terceiro mês tivemos um total de 70 hipertensos (54,3%) e 23 diabéticos (52,3%) de um total de 129 hipertensos e 44 diabéticos, respectivamente. Este mostrou-se o grande viés nos resultados qualitativos, que ficou ao encargo da proporção dos hipertensos e/ou diabéticos com os exames complementares em dia.

Objetivo: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta: Realizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador: Proporção de hipertensos e/ou diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular.

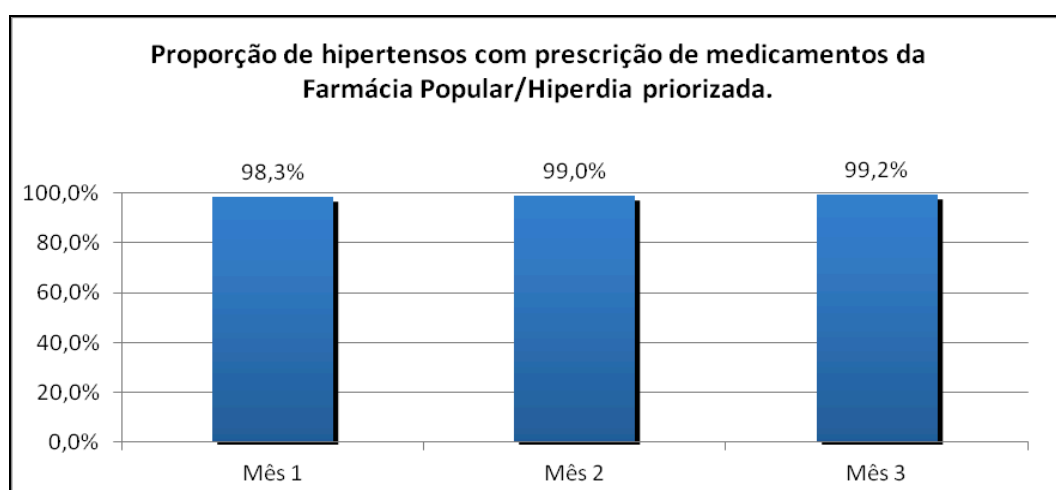


Figura 5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Cerro do Louro – Formigueiro/RS.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

A proporção de hipertensos e diabéticos com acesso à prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia Priorizada apresenta-se da seguinte

maneira: No primeiro mês, 59 usuários estavam fazendo uso preferencial dos medicamentos da farmácia popular (98,3%), no segundo mês 104 usuários (99%) e no terceiro mês 128 usuários (99,2%). Todos os 44 diabéticos, 100%, estão fazendo uso de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia Priorizada, 16 no primeiro mês, 37 no segundo mês e, por fim, 44 no terceiro mês. Apenas uma usuária hipertensa do total das atendidas pelo programa, não utiliza as medicações fornecidas pela farmácia popular como preferencia.

Objetivo: Realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta: Realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador: Proporção de hipertensos e/ou diabéticos com necessidade de realização de atendimento odontológico.

A proporção de hipertensos e diabéticos com necessidade de avaliação de atendimento odontológico mostrou-se outra ação com porcentagem total contemplada, atingindo os 100% dos 129 hipertensos e 44 diabéticos. Isso aconteceu devido ao fato da presença do dentista nos turnos da manhã em nossa unidade básica de saúde. Logo, após uma triagem feita pela enfermagem e posterior consulta médica, quando notados quaisquer problemas simples da saúde bucal, encaminhávamos o usuário à consulta odontológica. Além, é claro, da demanda espontânea utilizada pela população.

Objetivo: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Metas: Buscar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme periodicidade recomendada.

Indicador: Proporção de hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

Não tivemos a necessidade de busca a qualquer usuário. A proporção de hipertensos e diabéticos faltosos às consultas por busca ativa pelos ACS foi nula, tornando a meta obsoleta. Acredito que devido ao número bastante palpável de

nossa população assistida e pela novidade do atendimento que também se tornou atrativo na localidade - que até então não recebia atenção básica.

Objetivo: Melhorar o registro das informações.

Metas: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicadores: Proporção dos usuários mantidos com fichas de acompanhamento na unidade de saúde.

A proporção de hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento atingiu a meta de 100%, contemplando 129 hipertensos e 44 diabéticos. Novamente, com o início do atendimento médico e de enfermagem terem começado concomitantemente com a intervenção, facilitou-se muito o trabalho que até então não existia, introduzindo-se assim um novo modelo de atendimento com este projeto em questão.

Objetivo: Mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta: Realizar estratificação de risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicadores: Proporção dos usuários cadastrados que foram estratificados quanto ao risco de doença cardiovascular.

A proporção de usuários hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia também atingiu os 100%, atingindo 129 hipertensos e 44 diabéticos. Teve como fator determinante o fato de que tanto a equipe de enfermagem ou em consultas médicas, eram realizadas as estratificações utilizando as tabelas disponíveis no caderno de atenção básica nº 37 (BRASIL, 2013).

Objetivo: Realizar orientação nutricional aos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Meta: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

A proporção de hipertensos e diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável manteve o índice das demais, 129 usuários hipertensos e 44 usuários diabéticos tiveram orientação sobre alimentação saudável, totalizando 100%. O usuário, desde o primeiro contato com a unidade, tinha à disposição cartazes e orientações afixadas nas paredes da unidade demonstrando a importância de uma alimentação saudável. Fato esse que era corroborado em consulta médica e de enfermagem, sendo que também era reforçado nos encontros dos grupos com a presença da nutricionista contratada pelo município.

Objetivo: Garantir orientação em relação à prática de atividade física a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta: Realizar a orientação em relação à prática de atividade física a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador: Proporção de hipertensos e/ou diabéticos com orientação sobre a prática regular de atividade física.

A proporção dos usuários hipertensos e diabéticos que receberam orientações sobre a prática de atividade física regular apresentou índice de 100%, atingindo 129 hipertensos e 44 diabéticos. Tal fato ocorreu devido ao protocolo seguido após reunião inicial com toda a equipe de saúde na primeira semana do cronograma. Foi programada uma intervenção ativa, em que todos os profissionais da saúde cumpriam o seu papel específico no projeto, sendo que para orientações em saúde, como a prática regular de atividade física, todos estariam aptos a realizá-la. Portanto, era reforçada em todas as consultas médicas para a garantia da abrangência total.

Objetivo: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta: Orientar a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos sobre os riscos do tabagismo.

Indicador: Proporção de usuários hipertensos e/ou diabéticos que receberam orientações sobre os riscos de tabagismo.

As metas foram alcançadas em 100%, totalizando 129 hipertensos e 44 diabéticos. Fato este que teve grande relevância nos grupos de HAS e DM que eram realizados em todos os meses do projeto de intervenção conforme o cronograma. Claro que sempre que oportuno, era abordado nas consultas clínicas agendadas, nas de demanda espontânea e em visitas domiciliares. E eram feitas por todos os profissionais de saúde da equipe.

Objetivo: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta: Orientar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos quanto à higiene bucal.

Indicador: Proporção de usuários hipertensos e/ou diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

As metas foram alcançadas em 100%, totalizando 129 hipertensos e 44 diabéticos. Fato este que teve grande relevância nos grupos de HAS e DM que eram realizados em todos os meses do projeto de intervenção conforme o cronograma. O cirurgião dentista acompanhava os grupos e dava orientações quanto à higiene bucal. Todos os outros funcionários da área da saúde também realizavam orientação quando em momento oportuno, seja no acolhimento, seja em consultas médicas ou de enfermagem.

4.2 Discussão

A intervenção em melhoria à saúde do hipertenso e/ou diabético na unidade de saúde do Cerro do Louro da cidade de Formigueiro/RS propiciou a ampliação da cobertura da atenção a essa população. Esta ação programática, ou qualquer outra, até então não era realizada na unidade de saúde. Este tipo de atendimento iniciou com a chegada de nossa equipe de saúde na unidade, que até então era desassistida. Os atendimentos médicos ocorriam em alguns turnos da semana apenas e aconteciam por demanda espontânea. O projeto de intervenção foi de fundamental importância para a saúde da população, pois, juntamente com a implantação da ESF, a localidade ganhou significativamente em qualidade no atendimento à saúde.

A equipe recém chegada na unidade ficou bastante gratificada com a intervenção. O início do projeto, concomitante com o início dos trabalhos na unidade, rendeu ótimos frutos no quesito dedicação, aprimoramento e qualificação para todos os profissionais da saúde. Foi seguido com bastante afinco pelos participantes e, mesmo com a troca de alguns integrantes no meio do caminho, não houve prejuízo à equipe ou aos usuários. A necessidade de capacitação e adequação da equipe àquela nova realidade foi um desafio bastante motivador. Foram feitas reuniões conforme o cronograma para a capacitação do pessoal e, por diversas vezes ao final do expediente, guardávamos um tempinho para novas orientações e discussões sobre o funcionamento do sistema.

O serviço que até então era realizado por demanda espontânea passou a ser baseado em protocolos do MS e ficou mais organizado. A chegada da equipe completa fez com que a população comesse a procurar a unidade com maior frequência e credulidade. A implementação do acolhimento adequado com classificação de risco fez com que os atendimentos fossem priorizados e adequados conforme sua classificação. Não foi apenas melhoria no atendimento ao hipertenso e/ou diabético. Para a unidade de saúde do Cerro do Louro foi uma melhoria no atendimento em geral.

A intervenção foi muito bem vista pela comunidade. Não só pela melhoria do atendimento no local, mas também pela implantação das visitas domiciliares e da realização dos grupos para hipertensos e/ou diabéticos. A qualidade do serviço teve um aumento significativo. A participação popular foi de fundamental importância para o sucesso do projeto. A população em geral foi muito receptiva e aceitou as mudanças para melhoria do atendimento e nos seus medicamentos de uso contínuo, que por muitas vezes apresentavam-se obsoletos por não ter a oportunidade de fazer um acompanhamento adequado. Até então os atendimentos eram prestados por profissionais em regime de plantão. Muitas vezes o usuário era atendido por um médico e não conseguia manter um acompanhamento, pois na consulta seguinte já era outro profissional que o atendia.

Acredito que o impacto do projeto foi bastante produtivo e já percebido pela comunidade. Volto a frisar que até então não tínhamos acompanhamento algum na comunidade ou qualquer tipo de atenção continuada. A intervenção em melhoria à saúde do hipertenso e/ou diabético foi de extrema relevância, pois para uma comunidade desassistida e com grande prevalência de tais morbidades, é só o

primeiro passo para uma total melhoria do serviço prestado em saúde. Creio que outros projetos de intervenção deverão ser iniciados após a finalização e concretização deste no sistema da unidade. Fica apenas o anseio para que todos os cidadãos portadores dessas patologias possam ser atendidos da mesma maneira que foram os até aqui avaliados.

Caso fosse implementada a intervenção neste momento, gostaria de ter mais governabilidade em algumas questões administrativas da unidade como, por exemplo, na escolha e adaptação da medicação fornecida pelo município para a unidade de saúde, na quantidade de exames laboratoriais a serem fornecidos aos usuários e a melhoria das instalações. Claro que temos pouca governabilidade nestas questões, porém fariam grande diferença no resultado para a população.

Tenho absoluta certeza que a continuidade do projeto será mantida na nossa unidade. Todos os profissionais da saúde que iniciaram os trabalhos no local já iniciaram com este protocolo específico em melhoria à saúde do hipertenso e/ou diabético. A esperança de manutenção é grande. Os bons resultados conseguidos até agora só fazem manter o ideal de resultados positivos para a população adscrita. E a educação continuada em saúde para os usuários será a grande chave para a conscientização e manutenção deste feito.

A partir do próximo mês, seria interessante manter e aprimorar a busca ativa dos ACS aos demais usuários que porventura se encaixarão neste projeto. A captação de todas as microáreas pertencentes à unidade é fundamental para que alcancemos, num futuro próximo, 100% dos usuários. Seria interessante também debater com os profissionais que chegarem a importância do projeto e a continuidade do atendimento que está sendo feito. E, mais ainda, iniciar novos planos e intervenções em diferentes ações programáticas, a fim de qualificar e aprimorar sempre mais o atendimento prestado.

4.3 Relatório da Intervenção para a Gestão

Apresentamos relatório à gestão local sobre o projeto de intervenção em melhoria na saúde do usuário hipertenso e/ou diabético na Unidade de Saúde do Cerro do Louro, da cidade de Formigueiro-RS, no período de 08/08/2014 à 06/11/2014.

A cobertura em atendimento ao hipertenso e/ou diabético na UBS Cerro do Louro foi drasticamente aprimorada em um intervalo de tempo relativamente pequeno, passando para 129 e 44 o número respectivo de usuários hipertensos e diabéticos avaliados na unidade, totalizando 77,7% e 88% em 03 meses do projeto de intervenção.

A melhora na qualidade do atendimento à população atingida pela intervenção foi estatisticamente significativa. Aumentamos a proporção do número de hipertensos e/ou diabéticos com exame clínico apropriado em dia, incrementamos a proporção dos exames complementares para esta população, priorizamos o uso da medicação da farmácia popular/hiperdia aos mesmos e aprimoramos o número de hipertensos e/ou diabéticos com avaliação odontológica em dia. Além da qualidade no atendimento, melhoramos o registro dessa população específica, fazendo com que a prevenção em saúde seja o foco determinante daqui para frente. Os gastos que a gestão terá que fazer, ao longo do tempo, diminuirão drasticamente. Os investimentos que agora foram feitos trarão uma melhoria fundamental aos usuários do sistema, fazendo com que o balanço final seja muito positivo. A implantação do projeto de intervenção só foi possível com a chegada de uma equipe completa de profissionais de saúde - num antigo sistema de atendimento PACS - em uma nova ESF na localidade de interior de nossa cidade. Fazendo com que diminuísse o aglomerado do posto central da cidade e diluindo o atendimento, melhorando todos os aspectos, tanto para os profissionais das unidades de saúde mas, principalmente, para a comunidade.

Porém, muitas ações ainda dependem de novos investimentos e medidas a serem tomadas pela gestão local. Uma delas, trata-se da aquisição de medicações de uso contínuo para ambas as comorbidades. Há um número bastante elevado de medicações para o uso dos usuários; porém, mesmo sendo da farmácia popular, não se encontram em várias ocasiões em que os usuários apresentavam-se na unidade para a retirada, fazendo com que os mesmos tenham que dirigir-se até a cidade para esse recebimento. Acredito que com empenho da gestão local este fato será resolvido por completo, pois desde o princípio das atividades na unidade a gestão demonstrou-se muito receptiva e resolutiva, com poucas exceções.

Outro fator garantiria maior sucesso do projeto seria o de melhorar e ampliar o acesso aos exames complementares solicitados na unidade. Claro que tudo depende do orçamento disponível para a saúde. Mas com alguma criatividade e boa

vontade não faltariam opções. Relato esse fato pois a maioria dos atendimentos do PA municipal acontecem devido intercorrências de uma não adesão regular a medicações de uso contínuo e a um mau acompanhamento, que até então não eram prestados devidamente, principalmente à população do interior, que é a que faz parte de nossa unidade básica. Essa deficiência na integralidade da atenção básica piora lá na frente os problemas de saúde para a atenção secundária e terciária, que também devem ser arcados pelo município. Esse conjunto de fatores torna o custo à saúde bem mais elevado. Uma resolução para isso encontra-se na melhoria da qualidade e resolubilidade da atenção básica em saúde para os usuários de qualquer região.

Contudo, a despeito desses problemas que carecem de solução, a gestão municipal foi de fundamental importância para o sucesso da implantação do projeto de intervenção em melhoria à saúde do hipertenso e/ou diabético. Sem sua parceria e auxílio, nossa equipe não conseguiria realizar tudo o que realizou na unidade de saúde do Cerro do Louro. Os usuários ficaram assistidos pela primeira vez com um atendimento regular e programático. Garantia de retorno e reavaliação por uma equipe fixa e ativa, com empenho e dedicação que até então não tinha presenciado em outras localidades em que trabalhei. Acredito que se mantivermos todo esse foco e determinação, será possível implementar outras ações programáticas na unidade para o benefício da comunidade em geral.

Vale lembrar que é de fundamental importância ressaltar que a cobertura no atendimento ao hipertenso teve um alcance de 77,7% dos 166 usuários cadastrados na unidade, totalizando 129 usuários desta população específica, sendo que para o atendimento ao diabético, o alcance foi ainda maior, de 88,0%, alcançando 44 usuários de um total de 50 cadastrados. Ressalto que até então, nenhum tipo de atendimento específico era fornecido a esta população, o que acredito ser um avanço extraordinário para a saúde da população local.

Em se tratando de melhorias ao exame clínico adequado desses usuários, avaliação odontológica, proporção de fichas adequadas preenchidas e estratificação de risco cardiovascular, o alcance geral chegou aos 100% dos usuários atendidos pelo programa.

Para finalizar, gostaria de frisar novamente que basta apenas dar continuidade a este trabalho para podermos alcançar metas quase integrais tanto em qualidade e cobertura para esta população.

4.4 Relatório para a Comunidade

O projeto de intervenção em melhoria à saúde do hipertenso e/ou diabético na Unidade de Saúde do Cerro do Louro da cidade de Formigueiro-RS, teve seu início em 08/08/14 estendendo-se até 07/11/14. Foram acompanhados 129 usuários hipertensos e 44 diabéticos do total estimado de 166 hipertensos e 50 diabéticos, totalizando 77,7% e 88% respectivamente. Conforme reunião realizada com moradores da região, conseguimos constatar uma significativa melhora na atenção prestada à saúde da população. Conseguimos aprimorar o atendimento clínico desses usuários em todos os seus níveis; desde o acolhimento até o atendimento médico, com resolução dos problemas e garantia de acompanhamento. Sendo que este tipo de atendimento sempre foi o mais prevalente na localidade devido à necessidade de cuidados específicos dessas patologias na região.

Como exemplo, citamos a melhora no exame clínico de cada usuário da intervenção, que passou a ser realizado de maneira protocolar e garantida. Também foi iniciada a avaliação de risco de doença cardiovascular na população local, realizados tanto pelo médico quanto pelo enfermeiro local. Houve melhora nos registros dos usuários, com acréscimo de registros específicos para as morbidades acompanhadas. E também não poderia esquecer de mencionar a melhora na organização do fluxo de atendimento, o que proporcional grande elevação na qualidade do serviço de saúde local.

Tivemos o reconhecimento dos serviços prestados pela equipe de saúde local por toda a população. Os membros que participaram da reunião solicitam que esse tipo de trabalho se perpetue a partir de agora, pois está se criando um vínculo realmente positivo entre usuários e profissionais da saúde. A população que até então procurava atendimento na cidade, passou a ter confiança e satisfação em receber o atendimento na localidade rural em que se encontra nossa unidade de saúde. Um fato muito gratificante é que a comunidade local abraçou a causa e assumiu papel definitivo para a realização do projeto fazendo propaganda entre vizinhos e amigos, tornando cada vez melhor o funcionamento da intervenção.

Algumas reclamações foram feitas quanto ao empenho e dedicação à esse projeto, preterindo outras formas de atendimento, como por exemplo dar preferência aos atendimentos dos usuários do projeto de intervenção no turno da manhã, em detrimento das outras consultas. Porém, como estamos apenas no início dos

trabalhos na Unidade de Saúde do Cerro do Louro, acreditamos que essa era a prioridade local, como de fato demonstrou ser. Logo estaremos acrescentando novas ideias, novas ações programáticas na localidade para que toda a população possa ser atendida com a mesma qualidade que está acontecendo com os hipertensos e/ou diabéticos.

Acredito que a intervenção em melhoria na saúde do hipertenso e/ou diabético já encontra-se incorporada no serviço local. Todos os profissionais da saúde já atendem conforme o protocolo desde o início das atividades da equipe na unidade, mesmo o usuário tendo procurado atendimento por outras queixas – fato este que proporcionará a implantação de outras ações ao longo do tempo – fazendo desde o acolhimento um atendimento de qualidade. Portanto, como já iniciou com programas e projetos, a expectativa é a melhor possível.

À comunidade, temos que ressaltar a importância de sua aceitação e a ótima participação, tornando possível a melhoria da atenção básica em nossa localidade; principalmente no quesito do registro específico – até então muitos prontuários estavam na unidade de saúde do centro da cidade, tornando o acesso às informações bastante conturbadas. Além de ter se envolvido, aceitou e auxiliou muito no projeto em questão. À equipe de profissionais da saúde da Unidade do Cerro do Louro ressalto minha total gratidão e admiração pelos profissionais que participaram do projeto, sem seu empenho e dedicação, não poderíamos ter alcançado metas tão importantes para a saúde local.

5 Reflexão Crítica sobre meu Processo de Aprendizagem

Com o início do desenvolvimento do projeto de intervenção em melhoria à saúde do hipertenso e/ou diabético na unidade de saúde do Cerro do Louro da cidade de Formigueiro/RS, concomitante à implantação da ESF no local, conseguimos ter uma experiência muito rica tanto no âmbito do trabalho em equipe, qualificação profissional e melhorias na qualidade da saúde da população local.

Após a chegada de nossa equipe no local, as expectativas iniciais de incertezas e medos logo foram desaparecendo. Em minha experiência profissional, nunca havia trabalhado com estratégia de saúde da família antes ou participado de cursos de especialização à distancia. No início foi bastante complicado, o processo de trabalho na unidade de saúde já se apresentava desatualizado e entranhado nos profissionais e usuários da unidade. O esquema de livre demanda, com foco no imediatismo e ausência total de programas de prevenção eram a rotina do dia a dia.

Porém, aos poucos, esse processo foi mudando. Introduzimos o registro específico para os usuários da intervenção, fizemos capacitação para todos os funcionários da saúde da unidade (tanto para os antigos que já estavam, quanto para os novos recém chegados), criamos o grupo de acompanhamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, iniciamos o atendimento para este grupo por agenda programática para otimizar o desempenho dos resultados de promoção e manutenção da saúde. Enfim, iniciou-se um novo processo.

Particularmente, para minha formação profissional, foi inestimável o valor do aprendizado adquirido pelo curso de especialização à distancia. O caráter humanitário do projeto foi o que mais acrescentou à minha prática médica devido ao fato de nunca ter trabalhado em um projeto de intervenção com foco na promoção à saúde. Fico muito feliz e satisfeito com o resultado até agora do trabalho desenvolvido e espero que possa ser mantido por muito mais tempo na unidade de saúde. Não foram apenas os usuários que ganharam com essa intervenção, mas também toda uma nova equipe de profissionais de saúde que foram capacitados e treinados para um atendimento integral à saúde.

Dificuldades no caminho foram várias. Posso citar como exemplo a ingerência sobre alguns assuntos pertinentes à administração ou aquisição de medicamentos que fazem parte do projeto de intervenção para a população assistida. Outro fator conflitante foi a demora na resposta e realização de exames laboratoriais. Todas essas dificuldades somadas faziam com que o ânimo da equipe por vezes ficasse abalado, mas logo recompensávamos com maior esforço e dedicação ao ver a felicidade e satisfação nos olhos dos usuários. Enfim, o aprendizado tem sido até agora de grande valia, não só para minha carreira médica mas também para a vida.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. **Diabetes Mellitus**. Cadernos de Atenção Básica, n° 36. Brasília – DF, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Cadernos de Atenção Básica, n° 37. Brasília – DF, 2013.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=codmun=430840&search=rio-grande-do-sul%7Cformigueiro%7Cinfograficos:-dados-gerais-do-municipio>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2010.

Anexos




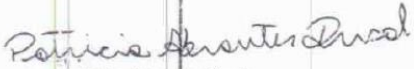
ANEXO A – Ficha Espelho

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ Precisa de cuidador? () Sim () Não
 Nome do cuidador _____ Telefones de contato: ____/____/____
 Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Está cadastrado no HIPERDIA? () Sim () Não
 Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____ Estatura: _____ cm
 Perímetro Braquial: _____ cm

[illegible][illegible][illegible]

[illegible]

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Sr ^a Prof ^a Ana Cláudia Gastal Fassa	
Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patricia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel	
